

	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 23 de diciembre de 2025

Señores:

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

Dirección:

Balneario Hurtado via Patillal

Ciudad:

Valledupar, Cesar

Asunto: Verificación de Título Profesional

Respetuoso saludo.

Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del título, según se encuentra establecido en la normatividad vigente para los procesos de Habilitación y Acreditación de Prestadores de Servicios de Salud, nos permitimos solicitarles se sirva confirmarnos la expedición, por parte de su institución, del título de grado como Profesional, del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	DEYANIRA LISBETH IGLESIAS BERMUDEZ
Documento de Identidad	57.437.260 de Santa Marta
Título otorgado	ENFERMERA
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	25/02/2000
Ciudad de expedición del título	Valledupar, Cesar

Cordialmente,



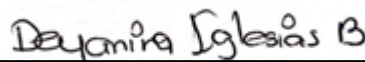
NOMBRE Y FIRMA

Director Operativo - Gestión del Talento Humano

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”

Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR



NOMBRE DEL COLABORADOR: DEYANIRA IGLESIAS BERMUDEZ

CEDULA: 57.437.260 de Santa Marta